Allianz Lebensversicherungs-AG
Deutsche Lebensversicherungs-AG

WICHTIG für den ARZT:
Bitte senden Sie die ausgefüllten
Unterlagen an Ihren Patienten!
zur Weitergabe an die Versicherung
über Finanzberater Dr. Schlemann. Bei Rückfragen: 0221 688040 / info@schlemann.com

MERKBLATT FÜR UNTERSUCHUNGEN

Bitte kreuzen Sie im anhängenden Arztauftrag die erforderlichen Untersuchungen an. Der Umfang der Untersuchung ergibt sich aus der untenstehenden Übersicht.

Tipps zur Vorbereitung des Untersuchungsauftrages

- Bitte bereiten Sie den anhängenden Untersuchungsauftrag gemäß den angegebenen Summengrenzen und Hinweisen sorgfältig vor.
- Die Untersuchung sollte vom Hausarzt (Allgemeinarzt) oder von einem Internisten vorgenommen werden.
- Geben Sie bitte auf dem Ärztlichen Zeugnis den zuständigen Empfänger und – sofern bekannt – die Versicherungsnummer an.
- Die Gesellschaft übernimmt keine Kosten für nicht notwendige Untersuchungen.
- **Bei Risikoversicherungen mit einem jährlichen Nettobeitrag von weniger als 250 EUR müssen die Kosten vom Antragsteller übernommen werden.**
- Bei höheren Versicherungssummen und Berufsunfähigkeits-/KSP-Renten benötigen wir auch die Antworten der „Zusatzfragen zum beantragten Versicherungsschutz“ (Druckstück EV---0004Z0).

Ermitteln der Summengrenzen
Maßgebend zur Ermittlung der Summengrenzen ist bei DLVAG die Gesamtleistung, ggf. inkl. Bonus. Bei Allianz Leben gilt die garantierte Leistung.
Bei der Berechnung der Summengrenzen müssen alle beim jeweiligen Versicherer (AZL oder DLVAG) bestehenden Versicherungen, die in den letzten 5 Jahren ohne Untersuchung abgeschlossen wurden, berücksichtigt werden. Versicherungen nach dem Vermögensbildungsgesetz und listenmäßige Aufnahmen bleiben bei Einzelversicherungen und bei Versicherungen im Rahmen von Sammel-/Rahmenverträgen unberücksichtigt.

1. **Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge**
   Bei Hinterbliebenenrenten entspricht das Todesfallkapital dem Barwert der Rente. Dieser wird durch den für das jeweilige Eintrittsalter entsprechenden Faktor ermittelt. Die Faktoren sind in AMIS hinterlegt und werden automatisch berücksichtigt.

2. **Einmalbeitragszahlung – Ermittlung des Todesfallkapitals für die Untersuchungsgrenze**
   Bei Hinterbliebenenvorsorge mit Einmalbeitragszahlung wird als Todesfallkapital das „riskierte Kapital“ angesetzt. Vereinfachte Berechnung: Garantiekapital bei Tod abzüglich Einmalzahlung.

3. **Bausteine zur Berufsunfähigkeits-, Pflegevorsorge und KörperSchutzPolice (KSP)**
   Die Rentenansprüche aus diesen Bausteinen (inkl. der entsprechenden Ansprüche aus Vorversicherungen der letzten 5 Jahre ohne Untersuchung) müssen getrennt behandelt werden. Der jeweils größere Untersuchungsumfang ist ausschlaggebend.

4. **Rentenversicherung mit Beitragsbefreiung (B) oder nur geringer BU-Rente**
   Als Risikosumme (Berufsunfähigkeitsleistung) gilt der Bruttojahresbeitrag aller Bausteine abzüglich der Berufsunfähigkeits-Bausteine. Maßgebend ist die Grenze für Untersuchungen für den Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge. Gleiches gilt, wenn die BU-Rente geringer als die Beitragsbefreiung ist.

5. **Pflegevorsorge – Zusatzbaustein Kapitalzahlung bei schwerer Pflegebedürftigkeit**
   Der Umfang der Risikoprüfung wird über die Untersuchungsgrenzen für die Pflegerente mit abgedeckt.

Hinweise zum automatischen Anfordern von Ärztlichen Berichten: siehe Rückseite.

Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge		
Todesfallkapital ab	Eintrittsalter	Untersuchungen
350.001 EUR	15 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen)
1.000.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen)
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen), Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG)
4.000.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Cotinin im Urin (nur bei Nichtrauchertarifen), Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler

NQ3: Antragsnummer:

(25V) 0.03.15
E----0105Z0

Bausteine zur Berufsunfähigkeitsvorsorge und KörperSchutzPolice (KSP)		
Berufsunfähigkeits-/ KSP-Leistungen jährlich ab (B siehe Ziffer 4)	Eintrittsalter	Untersuchungen
30.001 EUR	15 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin,HbA1c, BKS, Urinstreifentest
36.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG)
90.001 EUR	15 – 49 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)
	50 – 60 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG), Stressechokardiografie, Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern), Carotis-Doppler

Baustein zur Pflegevorsorge		
Pflegevorsorge ab	Eintrittsalter	Untersuchungen
30.001 EUR	15 – 29 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest
	30 – 70 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG)
36.001 EUR	15 – 54 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG)
	55 – 64 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG), Abdomensonografie
	65 – 70 Jahre	E----0105Z0, HIV-Test, kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest, BNP, Ergometrie (inkl. Ruhe-EKG), Abdomensonografie, Echokardiografie

Anfrage bei der zuständigen Abteilung:
– generell bei Eintrittsaltern bis 14 Jahre (Hinterbliebenenbaustein)
– Hinterbliebenenbaustein bei Eintrittsalter ab 61 Jahren und Todesfallsumme ab 75.001 EUR
– Pflegevorsorge ab Eintrittsalter 71 Jahre.

Anforderung von Summen-HZ (Ärztlicher Bericht vom Hausarzt):
Um sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz nicht durch irrtümlich vergessene Angaben zum Gesundheitszustand gefährdet wird, fordern wir ab bestimmten Eintrittsaltern und Versicherungsleistungen einen Ärztlichen Bericht vom Hausarzt bzw. dem Arzt an, der am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person Bescheid weiß. Maßgebend ist die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes.

- **Baustein Hinterbliebenenvorsorge:**
  Risikoversicherung (L0) und gemischte Tarife:
  – Eintrittsalter ab 50: Todesfallleistung ab 100.001 EUR*)

- **Baustein BU-Vorsorge/KSP:**
  – Eintrittsalter ab 50: BU-Rente/KSP ab 12.001 EUR

- **Baustein Pflegevorsorge:**
  – Eintrittsalter ab 50: Pflegerente ab 24.001 EUR

*) Ist im Antrag ein Hausarzt angegeben, wird die zuständige Abteilung bei diesem direkt ein hausärztliches Zeugnis anfordern; ist kein Hausarzt genannt, veranlassen Sie bitte sofort eine ärztliche Untersuchung mit dem Druckstück E----0105Z0. Bei Risikoversicherungen mit einem jährlichen Nettobeitrag von weniger als 250 EUR stimmen Sie sich bitte mit der zuständigen Abteilung ab.

NQ3: Antragsnummer:

(25V) 0.03.15

E----0105Z0

Allianz Lebensversicherungs-AG
Deutsche Lebensversicherungs-AG

WICHTIG für den ARZT:
Bitte senden Sie die ausgefüllten
Unterlagen an Ihren Patienten!
zur Weitergabe an die Versicherung
über Finanzberater Dr. Schlemann. Bei Rückfragen: 0221 688040 / info@schlemann.com

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

vielen Dank für Ihren Versicherungsantrag.

Zur Bearbeitung des Antrags benötigen wir die Ergebnisse der unten angekreuzten ärztlichen Untersuchungen.

Bitte trennen Sie den vorbereiteten Untersuchungsauftrag ab und geben Sie diesen zusammen mit dem Untersuchungsformular (Ärztliches Zeugnis – Druckstück E----0105Z0) dem Arzt .

Bitte beachten Sie: Da bei der Untersuchung auch eine Blutuntersuchung erfolgt, bitten wir Sie nüchtern zur Untersuchung zu kommen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG/Deutsche Lebensversicherungs-AG

bitte hier abtrennen

Allianz Lebensversicherungs-AG
Deutsche Lebensversicherungs-AG

NQ3: Antragsnummer:

Untersuchungsauftrag

Herrn/Frau
Dr. med. _____

Für Herrn/Frau _____ geb. am _____
wurde eine Personenversicherung beantragt.

Bitte nehmen Sie nur die angekreuzten Untersuchungen vor.

		Honorar:
☒	Untersuchung nach dem beigefügten Druckstück E----0105Z0 und Blut-/Urinuntersuchung (nüchtern: kleines Blutbild, GGT, GPT, Cholesterin, HDL, Triglyceride, Kreatinin, HbA1c, BKS, Urinstreifentest) Sie können das Formular auch als beschreibbares PDF herunterladen: https://business.allianz.de/formular_fuer_aerzte	145 EUR (inkl. Laborkosten)
☒	HIV-Test (bei positivem Suchtest mit Bestätigungstest)	30 EUR (inkl. Laborkosten)
1) ☐	Cotinin im Urin (nur für Nichtraucher, die einen Nichtrauchertarif beantragt haben)	55 EUR (inkl. Laborkosten)
2) ☐	Ergometrie inkl. Ruhe-EKG mit mindestens submaximaler Belastung und Befundung (gemäß GOÄ 652)	65 EUR
3) ☐	Stressechokardiografie	268 EUR
4) ☐	Carotis-Doppler (Doppleruntersuchung der hirnversorgenden Arterien gemäß GOÄ 645)	128 EUR
5) ☐	Lungenfunktionstest (nur bei Rauchern)	26 EUR
6) ☐	Abdomensonografie	65 EUR
7) ☐	Echokardiografie	95 EUR
8) ☐	BNP-Wert	33 EUR (inkl. Laborkosten)

Gesamt-Honorar: _____ EUR
Das Honorar ist zu überweisen:

IBAN-Nr.: _____ BIC-Nr.: _____

Geldinstitut: Bank, Sparkasse, Postbank _____

Kontoinhaber: _____

Senden Sie uns bitte mit den Befunden und diesem Untersuchungsauftrag die EKG-Streifen, das Ergometrie-Protokoll zusammen mit den Originalkurven ein.

Sollten Sie mit den aufgeführten Honoraren nicht einverstanden sein, nehmen Sie die Untersuchung bitte nicht vor.

Kosten, die durch nicht verlangte, aber trotzdem durchgeführte Untersuchungen entstehen, kann die Gesellschaft nicht übernehmen.

Eine ggf. zu entrichtende Umsatzsteuer ist in den Beträgen enthalten.

Sollten Sie mit der zu untersuchenden Person in einem Partnerschaftsverhältnis (dienstlich oder privat) stehen oder verwandt oder verschwägert sein, bitten wir, die Untersuchung nicht vorzunehmen.

_____
Unterschrift und Stempel des Auftraggebers (Vermittler/Verwaltungsabteilung)

(25V) 0.03.15

E----0105Z0

An
☒ Allianz Lebensversicherungs-AG
☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG

10895 Berlin

WICHTIG für den ARZT:
Bitte senden Sie die ausgefüllten **Unterlagen an Ihren Patienten!** zur Weitergabe an die Versicherung über Finanzberater Dr. Schlemann. Bei Rückfragen: 0221 688040 / info@schlemann.com

Ärztliches Zeugnis

über Herrn/Frau _____ Vorname(n) _____ geb. am _____
(auch Geburtsname)
Anschrift: _____

Beruf: _____
(genaue Angaben über die Beschäftigung)

Die zu versichernde Person ist mir persönlich als Patient bekannt. ☐ ja ☐ nein
Falls nein: Identifizierung durch Personalausweis/Reisepass.

_____
Identifikationsnummer

Die zu versichernde Person ist mit dem/r untersuchenden Arzt/Ärztin in **keinem Partnerschaftsverhältnis** (dienstlich oder privat) und auch **nicht verwandt** oder **verschwägert**.

Damit Ihr Versicherungsantrag ordnungsgemäß geprüft weden kann, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und möglichst detailliert beantworten.

Dazu gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.

Die aufgelisteten Beispiele unterhalb der Fragestellung erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es kann vorkommen, dass Fragen bejaht werden müssen, obwohl die betreffende Gesundheitsstörung nicht in der Aufzählung enthalten ist. Hier bitten wir um eine genaue Erläuterung anhand der in der jeweiligen Frage genannten Kriterien.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit großer Sorgfalt, vollständig und wahrheitsgemäß. Andernfalls kann Ihr Versicherungsschutz gefährdet sein.

NQ3: Antragsnummer:

Teil I: Erklärung der zu versichernden Person vor dem Arzt

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: Unbefristet

Mit „ja" beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

1. Bestanden **jemals** oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden im Rahmen von **gut-** oder **bösartigen Erkrankungen (Krebs, auch Frühstadien)**? z. B. Melanom, Basaliom (Hautkrebs), Darmkrebs, Muskel- oder Knochentumor (Sarkom), Lymphom, Gehirntumore, geschlechtsspezifische Tumore (Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Prostata), Polyzythämie (zu viele rote Blutzellen), Leukämie (Blutkrebs)	☐ ja ☐ nein	Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
2. Wurden Sie **jemals** oder werden Sie mit einer **Chemo- oder Strahlentherapie** behandelt? **Falls ja**, wann, weshalb (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)?	☐ ja ☐ nein	
3. Haben Sie **jemals** einen **Selbsttötungsversuch** unternommen? **Falls ja**, wann?	☐ ja ☐ nein	_____ Tag/Monat/Jahr
4. Haben Sie **jemals** aus **gesundheitlichen Gründen den Beruf oder den Arbeitsplatz gewechselt**? **Falls ja**, wann und weshalb?	☐ ja ☐ nein	
5. Beantragen, bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine **Rente oder Pension**? **Falls ja**, Art der Rente, von wem erhalten Sie diese, Zeitraum oder seit wann?	☐ ja ☐ nein	
6. Bestehen bei Ihnen **angeborene Erkrankungen**? z. B. Herz- oder Herzklappenfehler	☐ ja ☐ nein	
7. Besteht ein **Grad der Behinderung (GdB)** oder eine **Erwerbsminderung (GdS/ehemals MdE)** oder eine **Wehrdienstbeschädigung (WDB)**? **Falls ja**, Angabe des **Grades** Alternativ kann auch eine Kopie des aktuellen Anerkennungsbescheides beigelegt werden.	☐ ja ☐ nein	**Grad:** _____ **Grund:** _____ _____

(25V) 0.03.15

E----0105Z0

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 10 Jahre

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

8. Bestanden in den **letzten 10 Jahren** oder bestehen bei Ihnen Krankheiten oder Störungen oder Beschwerden		Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
a) des **Herzens**? z. B. Durchblutungsstörungen des Herzens, Herzmuskelverdickung, Herzinfarkt, Herz- oder Herzklappenfehler, Rhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche	☐ ja ☐ nein	
b) des **Kreislaufs** oder der **Gefäße**? z. B. Hypertonie (erhöhter Blutdruck), Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine, Thrombose, Embolie, Synkope (Ohnmacht)	☐ ja ☐ nein	
c) des **Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks**? z. B. Seh-, Sprach- Gefühlsstörungen, Multiple Sklerose, Parkinson, Gehirnentzündung, Schlaganfall, Gehirnblutung, Krampfanfälle, Schwindel, Ohnmacht, Lähmung, Spannungskopfschmerzen oder Migräne	☐ ja ☐ nein	
d) der **Wirbelsäule**, des **Rückens**, des **Nackens**? z. B. Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Wirbelgleiten, Scheuermann, Bechterew, Skoliose (Verkrümmung), Hexenschuss, Lumbalgie	☐ ja ☐ nein	
e) der **Knie-, Hüft-, Schulter-, Sprung-** oder **sonstiger Gelenke inkl. Sehnen** oder **Knochen** oder **Muskulatur**? z. B. Meniskusverletzung, Fehlstellung, Arthrose (Gelenkabnutzung), Arthritis (Entzündung), Bandverletzung, Luxation (Verrenkung), Karpaltunnelsyndrom, Fibromyalgie, Osteoporose	☐ ja ☐ nein	
f) der **Atemwege**? z. B. Asthma bronchiale, chronische oder obstruktive Bronchitis, Schlafapnoe, Emphysem, blutiger Auswurf	☐ ja ☐ nein	
g) der **Haut**, **Allergien** oder **Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten**? z. B. Schuppenflechte, Ekzem, auffällige Muttermale, Neurodermitis, Urtikaria (Nesselsucht, Quincke-Ödem), Heuschnupfen	☐ ja ☐ nein	
h) der **Verdauungsorgane (Leber, Gallenblase-/wege, Magen, Darm)**? z. B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallenstein, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenentzündung, Gastritis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Nabel- oder Leistenbruch, Polypen, Adenome, Zysten, Hämangiom (Blutschwamm)	☐ ja ☐ nein	
i) der **Harnorgane**? z. B. Nieren-, Blasenentzündung, Harnröhrenverengung, Nieren- oder Harnsteinleiden, Auffälligkeiten im Urin (Eiweiß, Blut, Zucker), eingeschränkte Nierenfunktion	☐ ja ☐ nein	
j) der **Geschlechtsorgane (Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, Prostata)**? z. B. auffälliger PAP, Ovarialzysten, Endometriose, Knoten in der Brust, Prostatavergrößerung, erhöhter PSA-Wert	☐ ja ☐ nein	
k) des **Stoffwechsels**, des **Hormonhaushaltes**? z. B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyzeride), Funktionsstörung der Schilddrüse, der Nebennieren, der Hypophyse (Hirnanhangdrüse), Gicht	☐ ja ☐ nein	
l) des **Blutes**, der **blutbildenden Organe**, der **Milz**? z. B. Anämie (Blutarmut), Thrombozytopenie (zu wenig Blutplättchen), Gerinnungsstörung, Milzvergrößerung	☐ ja ☐ nein	
m) der **Augen**? z. B. grüner Star (erhöhter Augendruck), grauer Star, Fehlsichtigkeit (Hyperopie/Weitsichtigkeit, Myopie/Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Farbfehlsichtigkeit), refraktive Chirugie (LASIK), Netzhautablösung/-erkrankung, Gesichtsfeldeinschränkung	☐ ja ☐ nein	Dioptrien re. ___ li. ___ Cyl re. ___ li. ___ Visus re. ___ li. ___ Sofern Brillenpass vorhanden, bitte Kopie beilegen.
n) des **Halses**, der **Nase**, der **Ohren**? z. B. Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung, chronische Heiserkeit	☐ ja ☐ nein	
o) im Rahmen von **Infektions-** oder **Autoimmunkrankheiten**? z. B. HIV, Malaria, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, Lupus erythematodes, Sklerodermie (Bindegewebsverhärtung), Rheuma, Polyarthritis	☐ ja ☐ nein	

NQ3: Antragsnummer:

(25V) 0.03.15

E----0105Z0

NQ3: Antragsnummer:

p) der **Psyche**? z. B. Psychose, Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS), posttraumatische Belastungsstörung, Angst- oder Zwangsstörung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Burn-Out, Erschöpfung, psychosomatische oder somatoforme Störung	☐ ja ☐ nein	Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
q) Waren Sie oder sind Sie derzeit **bei Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung**? **Falls ja**, wann und weshalb (Name und Anschrift des Behandlers)?	☐ ja ☐ nein	
9. Haben Sie in den **letzten 10 Jahren Unfälle, Verbrennungen oder Vergiftungen** erlitten? z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Frakturen oder Verbrennungen mit Einschränkungen der Beweglichkeit oder Mobilität, Vergiftungen mit bleibenden Organschäden	☐ ja ☐ nein	
10. Wurde Ihnen in den **letzten 10 Jahren** von medizinischer Seite empfohlen, weniger **Alkohol** zu trinken bzw. das **Trinken von Alkohol** ganz aufzugeben oder wurden Sie wegen **Alkoholkonsums beraten** oder **behandelt**? **Falls ja**, wann, von wem (Name und Anschrift des behandelnden Arztes)?	☐ ja ☐ nein	Wann? Weshalb?
11. Nahmen Sie in den **letzten 10 Jahren** oder nehmen Sie **Drogen** oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt? z. B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice oder andere Modedrogen **Falls ja**, welche, wann (Name und Anschrift beratenden / behandelnden Personen/Stellen)?	☐ ja ☐ nein	
12. Fanden in den **letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante)** statt oder sind diese vorgesehen bzw. empfohlen? **Falls ja**, wann, weshalb, Kontrolluntersuchungen (Name und Anschrift, Fachrichtung des Arztes/der Klinik)?	☐ ja ☐ nein	
13. Sind Sie in den **letzten 10 Jahren** in **Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Sanatorien** untersucht oder behandelt worden oder sind solche derzeit ärztlicherseits empfohlen oder beabsichtigt? **Falls ja**, wann, weshalb (Name und Anschrift des Instituts)?	☐ ja ☐ nein	
14. Wurden bei Ihnen in den **letzten 10 Jahren diagnostische Untersuchungen** durchgeführt? z. B.: Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz (MR)/Kernspin, Computertomographie (CT), EKG, Echo, Doppler, Szintigrafie **Falls ja**, wann, weshalb, warum (Name und Anschrift, Fachrichtung des untersuchenden Arztes)?	☐ ja ☐ nein	
15. Nahmen Sie in den **letzten 10 Jahren** oder nehmen Sie **regelmäßig** oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein? **Falls ja**, wann, welche und weshalb?	☐ ja ☐ nein	

Abfragezeitraum der folgenden Fragen: 3 Jahre

Mit „ja" beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:
Welche, Wann, Häufigkeit, Dauer, Schweregrad, Verlauf, Untersuchungen, Therapie (auch nicht medikamentöse Therapieformen), Folgen, behandelnde Ärzte und andere Therapeuten bzw. Krankenhäuser, Reha-Kliniken oder sonstige Einrichtungen.

16. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig? **Falls ja**, wann, weshalb, Dauer? Bei Krankschreibung bitte Angabe des Arztes/der Klinik (Name und Anschrift):	☐ ja ☐ nein	Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
17. Bestehen oder bestanden bei Ihnen innerhalb der **letzten 3 Jahre wiederkehrende oder chronische Befindlichkeitsstörungen**? z. B. Schlafstörungen, Angst-, Überlastungs-, Überforderungs- oder Unruhegefühl, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen, Antriebsschwäche **Falls ja**, bitte Erläuterung der Befindlichkeitsstörungen. Sofern bereits Beratungen oder Untersuchungen durchgeführt wurden, bitten wir um nähere Angaben hierzu (inkl. Name und Anschrift der beratenden/behandelnden Personen):	☐ ja ☐ nein	
18. Waren Sie innerhalb der **letzten 3 Jahre oder sind Sie derzeit bei Heilpraktikern, Krankengymnasten, Physiotherapeuten**, außer den in den bisherigen Fragen bereits genannten, zur Untersuchung, Beratung, Behandlung? **Falls ja**, wann, weshalb (Name und Anschrift des Behandlers)?	☐ ja ☐ nein	

weitere Fragen

19. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** Zigaretten, Zigarre, Pfeife, elektronische Rauchhilfen (z. B. E-Zigarette, E-Pfeife) konsumiert? Hierzu zählt ebenso Gelegenheitsrauchen (unter Gelegenheitsrauchen ist auch sporadisches, anlassbezogenes Rauchen zu verstehen).	☐ ja ☐ nein	Welche? Wann? Wie oft? Wie lange? Folgen? Behandelnde Ärzte (mit Anschrift) **Falls ja**, wie viel täglich? _____ Bei Gelegenheitsrauchern: _____ Wie oft und wie viel in den letzten 12 Monaten? _____
20. Ist Ihnen bekannt, ob bei Ihren **leiblichen Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern** Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson-Krankheit, Zystennieren, Demenz, Multiple Sklerose, angeborene Fehlbildungen oder sonstige Erkrankungen (z. B. neurologische) aufgetreten sind? **Falls ja**, welche Erkrankungen oder Fehlbildungen und in welchem Alter? **(KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz)**	☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt	
21. Welchen **Arzt suchen** Sie **gewöhnlich auf** (Hausarzt)? Name und Anschrift, wann, weshalb?		
22. Welchen **Arzt** haben Sie **zuletzt aufgesucht**? Name und Anschrift, wann, weshalb?		

NQ3: Antragsnummer:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet, und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.
Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei mir ein HIV-Test durchgeführt und das Ergebnis an die Allianz Lebensversicherungs-AG/ Deutsche Lebensversicherungs-AG weitergegeben wird.

Die einleitenden Hinweise auf Seite 1 des Ärztlichen Zeugnisses habe ich gelesen.

_____
Ort und Datum

_____ _____
Unterschrift der zu versichernden Person Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Teil II: Untersuchungsbefund

Mit „ja“ beantwortete Fragen bitte in der rechten Spalte oder auf einem separaten Blatt weiter ausführen:

1. Haben Sie die zu versichernde Person in den **letzten 10 Jahren bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt**? **Falls ja**, wann und weshalb? Welche Befunde wurden erhoben? Bitte ggf. Facharztbefunde beilegen.	☐ ja ☐ nein	
2. **Untersuchung (bitte nur heute in der Praxis gemessene Werte eintragen)**		Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Bauchumfang: _____ cm
3. **Herzauskultation und Blutdruckmessung** a) Auskultation der Herztöne: Pathologische Herzgeräusche/-töne? **Falls ja**, bitte kurze Beschreibung. Halten Sie zur Abklärung dieses Befundes eine Echokardiografie für sinnvoll?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein	
b) **Blutdruck und Pulsfrequenz:** Wurden die nachfolgenden Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen? Ggf. welche?	☐ ja ☐ nein	

Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung

	Pulsschläge je Minute	davon Extraschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.
Erste Messung: linke Seite				
Erste Messung: rechte Seite				
Ggf. zweite Messung: linke Seite				
Ggf. zweite Messung: rechte Seite				

Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen?
(Sofern in den letzten 12 Monaten ein 24-Stunden-EKG durchgeführt wurde, bitte Ergebnis beifügen.)

Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.

4. **Haben Sie in den folgenden Bereichen weitere auffällige Befunde während der körperlichen Untersuchung bei der zu versichernden Person festgestellt?** a) **Herz-Kreislauf-Systems:** z. B. Herzinsuffizienzzeichen, Zyanosen, Lymphknoten, Varizen	☐ ja ☐ nein	
b) **Atmungsorgane:** z. B. Auskultations-, Perkussionsbefunde	☐ ja ☐ nein	
c) **Verdauungsorgane:** z. B. Palpationsbefunde, Leber-, Milzgröße, Hernie	☐ ja ☐ nein	
d) **Harn- und Geschlechtsorgane:** z. B. Klopfschmerzhaftigkeit der Nierenlager	☐ ja ☐ nein	
e) **Haut und Schleimhäute:** z. B. ausgedehnte Narben, Ikterus, Geschwüre, Pigmentanomalien, Einstichstellen, Spider naevi	☐ ja ☐ nein	
f) **Sinnesorgane:** z. B. herabgesetzte Sehkraft, Hörvermögen, Nystagmus, Pupillen	☐ ja ☐ nein	

NQ3: Antragsnummer:

(25V) 0.03.15

E----0105Z0

g) **Nervensystem:** z. B. Reflexanomalien, Lähmungen, Spastik, Ganganomalien, Parästhesien, Hirnnervenauffälligkeiten	☐ ja ☐ nein	
h) **Bewegungsapparat:** z. B. Fehlstellungen, eingeschränkte Gelenksbewegungen, Arthritis, Skoliose, Prothesen, Endoprothesen (TEP), Orthesen	☐ ja ☐ nein	
i) **Sonstiges:** z. B. Auffälligkeiten in der Sprache, Verhalten, Psyche	☐ ja ☐ nein	

Wenn ja, welche? _____

5. **Aktuelle Laboruntersuchungen (mit Datumsangabe)** Datum _____

a) **Urinuntersuchung: Ergebnis des Streifentests** ☐ siehe beiligendes Laborblatt

Leukozyten		Keton	
Nitrit		Urobilinogen	
Ph-Wert		Bilirubin	
Protein		Blut	
Glucose		Hämoglobin	

b) **Blutuntersuchungen**
Bitte Laborblatt beifügen.

6. **Der Arzt kann dem Untersuchten auffällige Befunde mitteilen.**
Welche Befunde wurden mitgeteilt? ☐ keine

Antragsnummer:

NQ3:

Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitte wir Sie, dem Untersuchten AUFFÄLLIGE BEFUNDE mitzuteilen, aber kein Urteil über die Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten oder einer anderen Mittelsperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft NUR VERSCHLOSSEN übergeben werden.

Bitte senden Sie uns vorhandene Befunde und Berichte, auch von Krankenhäusern, Kuranstalten, Fachärzten usw. (sofern möglich als Kopie) zur Einsichtnahme.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Etwas anderes gilt, wenn die beantragte **Kapitalleistung 300.000 EUR übersteigt** oder eine **Jahresrente** von **mehr als 30.000 EUR** versichert werden soll. In diesen Fällen dürfen wir auch Ergebnissen oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen anfordern, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Wir werden die entsprechenden Unterlagen in diesem Fall direkt bei Ihrem Patienten/Ihrer Patientin anfordern.

Sofern die Grenzen überschritten werden, lassen Sie bitte die nachstehende Erklärung von Ihrem Patienten beantworten und unterschreiben.

In jedem Fall bitten wir Sie jedoch, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen des Patienten/der Patientin anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____

Bitte reichen Sie zusammen mit dem Untersuchungsergebnissen auch den **Untersuchungsauftrag** mit ein, den Sie bitte noch um Ihre Bankverbindung ergänzen.

(25V) 0.03.15

E----0105Z0

Fragebogen prädiktive-genetische Beratungen oder Testuntersuchungen

(Nur bei einer beantragten **Versicherungssumme ab 300.001 EUR** oder einer **Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente ab 30.001 EUR** zu beantworten.)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Erfolgten **prädiktive-genetische Beratungen** oder **Testuntersuchungen**? ☐ ja ☐ nein

Erläuterung:
Ein prädiktiver Gentest ist eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung.

Ferner kann der prädiktive Gentest auch (z. B. bei Kinderwunsch) mit dem Ziel der Abklärung einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen durchgeführt werden (§ 3 Nr. 8 GenDG).

Falls ja, wann und mit welchem Befund?

_____

_____

_____

Falls ja, bitte Angabe des Arztes/des durchführenden Institutes/der Klinik (Name und Anschrift):

_____

_____

_____

Antragsnummer:

NQ3:

Die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben in diesem Fragebogen und den genannten Zusatzblatt/-blättern.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

(25V) 0.03.15

E----0105Z0